

Bienvenido a Nuestra Oficina

**OPTIMAL DENTAL CENTER**

8303 Arlington Blvd Suite 107

Fairfax, VA. 22031

(703)226-2222

Fecha: _____	Tel.casa _____	Tel.trabajo _____			
Paciente _____					
Apellidos	Primer Nombre	Inicial	Nombre Preferido		
Seguro Social# _____	Fecha de Nacimiento: _____				
Dirección: _____					
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Edad: _____	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Viudo
Empleado por: _____			Ocupación: _____		
Dirección de Trabajo: _____					
Quién es responsable por esta cuenta? _____		Relación con el Paciente _____			
Nombre de la Compañia del Seguro Dental: _____			Grupo Número: _____		
En caso de emergencia, ¿a quién se deberá notificar? _____			Teléfono _____		
Está bajo el cuidado de algún Médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si es Si, Por qué? _____					
Nombre del Médico _____					
Alguna reciente enfermedad o cirugía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si es sí, Explique _____			
Esta tomando algún medicamento? _____		Si es sí, Explique _____			

**HISTORIA CLÍNICA**

Ha tenido Ud. Alguna vez algo de lo siguiente? (marque las casillas que correspondan)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Arritmia Cardíaca          | <input type="checkbox"/> Articulación Artificial     | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides                    |
| <input type="checkbox"/> Ataque al corazón          | <input type="checkbox"/> Anemia                      | <input type="checkbox"/> Quimioterapia                                |
| <input type="checkbox"/> Angína de pecho            | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral            | <input type="checkbox"/> Artritis                                     |
| <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta     | <input type="checkbox"/> Ulceras                     | <input type="checkbox"/> Reumatismo                                   |
| <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco             | <input type="checkbox"/> Enfiséma Pulmonar           | <input type="checkbox"/> Glaucoma                                     |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática           | <input type="checkbox"/> Tos                         | <input type="checkbox"/> Dolor mandibular o Maxilar                   |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía congénita      | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                | <input type="checkbox"/> VIH o SIDA/HIV                               |
| <input type="checkbox"/> Marcapaso Cardíaco         | <input type="checkbox"/> Alergia/Prurito             | <input type="checkbox"/> Diábetes                                     |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre    | <input type="checkbox"/> Asma                        | <input type="checkbox"/> Sinusitis                                    |
| <input type="checkbox"/> Ulceras Orales             | <input type="checkbox"/> Hemofilia                   | <input type="checkbox"/> Cáncer                                       |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias | <input type="checkbox"/> Válvula Cardíaca Artificial | <input type="checkbox"/> Hepatitis, Ictericia o Enfermedad del Hígado |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____               |  |   |

(Mujeres) Está tomando píldoras anticonceptivas? \_\_\_\_\_ Está Ud. Amamantando a un bebé? \_\_\_\_\_

Sospecha Ud. que está embarazada?  Sí  No

Hay alguna otra cosa que nosotros debieramos saber sobre su historia clínica? \_\_\_\_\_

La información de arriba es correcta y completa, a mi leal saber y entender, y se proporciona con el único objeto de que se use en mi tratamiento, para facturación, y para procesamiento ante el seguro de los beneficios a los que tengo derecho. Yo no haré responsable a mi dentista ni a ningún integrante de su personal por errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.

Estoy dando autorización para cualquier tratamiento dental necesario para el paciente mencionado arriba

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Padres ( Para menores de edad)**

## TRANSFERENCIA DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION

Yo, el suscrito, tengo seguro con \_\_\_\_\_  
*Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros*

Y traspaso directamente al Dr. \_\_\_\_\_ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera son pagaderos a mí por servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, sean estos pagados por el seguro o no. Por medio del presente yo autorizo al doctor a divulgar toda la información que sea necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones que se hagan ante el seguro, sean hechas manualmente o electrónicamente.

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma*

## CONSENTIMIENTO SOBRE MENOR / NIÑO

Yo, siendo el padre o tutor de \_\_\_\_\_ por medio del presente solicito y autorizo al personal dental a prestar los servicios dentales necesarios para mi hijo, incluyendo pero no limitados a: **radiografías** y la administración de **anestesia** que sean considerados aconsejables por el doctor estando yo presente o no en la cita dental cuando el tratamiento se lleve a cabo.

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del Asegurado/Tutor*

## ACUERDO FINANCIERO

Yo acepto que el pago de los servicios dentales se vence cuando se realiza el tratamiento, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Yo estoy de acuerdo en que los padres o los tutores son reponsables por todos los cargos no cubiertos por el seguro.

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del asegurado/Tutor*

## CONOCIMIENTO DE CAUSA DE LA PRACTICA PRIVADA

Yo he recibido información sobre la práctica privada y se me ha brindado la oportunidad de revisarla.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Cómo se enteró de nuestra oficina? \_\_\_\_\_